

lo sottoscritto	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	COGNOME (OBBLIGATORIO)	NOME (OBBLIGATORIO)
Cod. fiscale	<input type="text"/>	Tel. (OBBLIGATORIO) <input type="text"/>
Residenza (OBBLIGATORIO)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	VIA E NUMERO CIVICO	CAP COMUNE PROV.
e-mail	<input type="text"/>	COD. ADERENTE <input type="text"/>

## CHIEDO IL TRASFERIMENTO DELLA MIA POSIZIONE PREVIDENZIALE

Per perdita dei requisiti di partecipazione  
(dimissioni, licenziamento, cambio contratto, passaggio a dirigente)

In costanza di rapporto di lavoro  
con almeno 2 anni di iscrizione al Fondo  
(saranno applicate € 20 per spese amministrative)

Alla seguente forma pensionistica

Fondo	<input type="text"/>	Sede	<input type="text"/>
Tel.	<input type="text"/>	E-mail	<input type="text"/>

### AVVERTENZE:

Prima di inviare la richiesta di trasferimento a Fondo Gomma Plastica accertarsi di essersi iscritto presso il Fondo destinatario. In caso contrario la richiesta sarà respinta.

### PRENDO ATTO:

- che Fondo Gomma Plastica non potrà effettuare il trasferimento prima che il Fondo destinatario della posizione previdenziale lo abbia autorizzato;
- che nel caso di cessione del quinto dello stipendio, il Fondo Gomma Plastica segnalerà il trasferimento alla società finanziaria che ha notificato il contratto di finanziamento.
- Il trattamento dei Suoi dati è effettuato da Fondo Gomma Plastica, Titolare del trattamento, per gestire la Sua richiesta di trasferimento della posizione previdenziale. L'informativa completa sul trattamento dei dati è disponibile al seguente link: <https://www.fondogommaplastica.it/documenti/informative-aderenti-e-aziende/>

Data \_\_\_\_\_

Firma dell'iscritto \_\_\_\_\_

**FIRMA QUI**

### PARTE AZIENDA (OBBLIGATORIA)

Ragione sociale azienda	<input type="text"/>
L'azienda dichiara che la richiesta del dipendente è presentata per:	
<input type="checkbox"/> Per perdita dei requisiti di partecipazione (dimissioni, licenziamento, cambio contratto, passaggio a dirigente)	<input type="checkbox"/> Trasferimento in costanza di rapporto di lavoro
Ultimo versamento:	mese competenza <input type="text"/>
data interruzione rapporto di lavoro (se verificata)	<input type="text"/>
	Data bonifico <input type="text"/>
Data _____	Timbro e firma dell'Azienda _____

**FIRMA QUI**